
FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des
LUXATIONS OUVERTES DU COU DE PIED

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Avril 1936

PAR

Marceau RODIÈRE

Né le 11 Mai 1910 à Cenne-Monestiés (Aude)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY :	{	MM. MASSABUAU, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		ÉTIENNE, professeur,		
		AIMES, agrégé,		
		GUIBAL, agrégé,		

CARCASSONNE

LES IMPRIMERIES GABELLE

1936

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES LUXATIONS OUVERTES
DU COU DE PIED



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

LUXATIONS OUVERTES DU COU DE PIED

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Avril 1936

PAR

Marceau RODIÈRE

Né le 11 Mai 1910 à Cenne-Monestiés (Aude)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY :	{	MM. MASSABUAU, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		ÉTIENNE, professeur,		
		AIMES, agrégé,		
		GUIBAL, agrégé,		

CARCASSONNE

LES IMPRIMERIES GABELLE

—
1936

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GRAUD
Clinique médicale	VIRES, assesseur
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.)	VILLARD
Radiologie (Ch. de c.)	TERRACOL
Anatomie (Ch. de c.)	CABANNES
Histologie Ch. de c.)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

Honorariat

Professeurs Honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, GALAVIELLE, VALLOIS,
FORGUE, ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale	MM. PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
Obstétrique	M. COLL DE CARRERA
Bactériologie	M. CARRERE

Examineurs de la Thèse

MM. MASSABUAU, professeur, président. | MM. AIMES, agrégé.
ETIENNE, professeur. | GUIBAL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et quelle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABEAU

Professeur de Clinique Chirurgicale

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Mort pour la France.

A MON JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

A MA MÈRE ET A MA GRAND'MÈRE

*Leur vie est le symbole du travail et du sacrifice.
Je leur dois tout. Je leur dédie ce modeste ouvrage;
bien faible témoignage de ma reconnaissance et de
mon affection.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Professeur de Clinique Chirurgicale

A MON JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

Professeur de Clinique Chirurgicale infantile

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. AIMES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. GUIBAL.

INTRODUCTION

Les luxations ouvertes du cou de pied c'est-à-dire les luxations avec solution de continuité des tissus et intégrité des malléoles sont rares. Nous éliminons en effet du sujet qui nous occupe les luxations s'accompagnant de fractures des extrémités du tibia et du péroné, ce qui fait rentrer ces lésions dans les complications des fractures malléolaires. La littérature médicale est plutôt pauvre à ce sujet aussi nous a-t-il semblé intéressant d'en présenter deux observations recueillies dans le service de M. le Professeur MASSABUAU — l'une a trait à un employé de gare qui eut son pied pris entre un câble et un cabestan en marche, l'autre à une femme qui fit une chute de bicyclette. — Ces deux blessés ont été revus ces temps derniers ce qui nous permet d'apporter deux observations très complètes. Si d'après ces deux cas différents par leur gravité il ressort quelque intérêt au point de vue pronostic et traitement des luxations ouvertes du cou de pied, nous en serons redevable à M. le Professeur MASSABUAU qui nous a inspiré ce travail.

Etant donné les rapports étroits qui existent entre le squelette d'une part, la synoviale, tendons et leurs gaines, les vaisseaux et les parties molles d'autre part, nous croyons utile de faire un rappel anatomique de la région du cou de pied.

Nous traiterons ensuite des luxations ouvertes en général, puis des luxations ouvertes du cou de pied avec leur pronostic et leur traitement. Nous montrerons les progrès réalisés par la chirurgie moderne qui permet de conserver un membre ou un segment de membre dans des cas où autrefois l'amputation aurait été jugée indispensable.

Qu'il nous soit permis maintenant de payer notre dette de reconnaissance aux maîtres dont nous avons pu recevoir l'enseignement dans les hôpitaux ou à la Faculté.

M. le Professeur MASSABUAU nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions de recevoir ici, avec nos remerciements, l'expression de toute notre reconnaissance.

Nous adressons à Messieurs les Professeurs ETIENNE et AIMES l'hommage de notre sincère gratitude et reconnaissance pour l'enseignement qu'ils nous ont prodigué à l'Hôpital et à la Faculté.

Grandes aussi sont nos obligations envers M. le Professeur agrégé GUIBAL qui ne nous a jamais ménagé les conseils pour la préparation de ce travail. Nous le prions d'agréer nos remerciements très sincères.

OBSERVATIONS

I

(due à l'obligeance de M. le Professeur Massabauau)

Luxation ouverte tibio-tarsienne gauche avec arrachement des tendons extenseurs et section de l'artère tibiale antérieure

Monsieur ELIE entre pour traumatisme grave au pied gauche (le blessé un employé de gare du P.-L.-M. a eu son pied pris entre un câble et un cabestan en marche). Un garrot placé au un tiers inférieur de la cuisse, arrête l'hémorragie abondante qui a suivi l'accident.

Examen trois heures après l'accident. Jambe gauche recouverte d'un pansement sommaire, imbibé de sang ; enlevé on découvre une plaie circulaire légèrement oblique. Elle se trouve à deux travers de doigts de l'interligne à sa partie antérieure et à trois travers de doigts au-dessus de la pointe de la malléole externe.

La peau de la lèvre inférieure et la chaussette avaient été « avalées » et coincées dans l'articulation du cou de pied ; il a fallu reproduire la luxation et exposer l'articulation pour les dégager.

Les trois derniers tendons extenseurs ont été arrachés et déchiquetés en entraînant la partie du corps musculaire qui leur donne attache. Ainsi pendent hors de la plaie trois tendons extenseurs et leurs faisceaux musculaires sur une hauteur de dix centimètres au moins. Donc à travers la plaie

cutanée transversale, le muscle extenseur commun a été en partie arraché. La capsule articulaire a été déchirée au ras du rebord tibial.

Décollement cutané interne.

Section de l'artère tibiale antérieure.

L'extenseur propre et le jambier antérieur sont intacts, le tendon de l'extenseur du deuxième orteil également.

Pas de fractures.

La luxation du pied se reproduit avec facilité et sans douleur au moindre mouvement de la jambe du blessé.

Opération le 14 octobre 1932.

Anesthésie. — Echec complet de la rachinarcose.

Voie d'accès. Excision des lèvres cutanées de la plaie.

Intervention. — Epluchage et nettoyage de la plaie et de l'articulation ; suture étagée des trois derniers tendons de l'extenseur commun par boutonnière dans le tendon du jambier antérieur intact. Suture des extrémités de la plaie, sa partie antérieure restant largement ouverte avec des crins d'attente pour suture primitive retardée. Ligature des deux bouts de l'artère tibiale antérieure.

Drainage au moyen de deux mèches à l'éther iodoformé sous les lèvres cutanées.

Suites opératoires

16 octobre 1932.

Etat parfait de la plaie. Pas de suppurations. Pas de douleur. Aucun signe d'inflammation autour de la plaie. Pas d'œdème.

Deux crins d'attente sont noués sur la partie interne de la plaie. Un faisceau de crins est passé sous la suture dans la partie interne de la plaie. La partie antéro externe reste encore largement ouverte, les crins ne sont pas noués.

Lattelle de BÖCKEL sur laquelle la jambe gauche avait été fixée est remplacée par une gouttière de MAISONNEUVE.

20 Octobre 1932.

Etat parfait de la plaie. Pas de suppuration. Léger œdème. Le dernier crin externe est lié.

30 Octobre 1932.

Ablation des fils. Désunion de la ligne de suture sur sa partie externe et sur sa partie antérieure.

15 Novembre 1932.

Mobilité de l'articulation limitée mais de 30° environ.

Une plaie circulaire de dimensions d'une pièce de 10 centimètres existe sur la partie antérieure de la cicatrice. Cette plaie aux bords eversés, farcie de bourgeons charnus conduit sur les tendons extenseurs. Les débris de catgut et des parcelles de tendons sphacélés sont extraits du fond de la plaie.

Les mouvements d'extension du pied semblent encore possibles. Le pied n'est pas tombant.

25 Décembre 1932.

Après des curetages hebdomadaires de la plaie on amène la cicatrisation de celle-ci. Le pied n'est pas tombant, mais les mouvements de flexion dorsale du pied sont à peine ébauchés malgré l'intégrité persistante du tendon du jambier antérieur. Les tendons des extenseurs des orteils sont partiellement nécrosés.

La cicatrice de la plaie est adhérente au tendon du jambier et à l'os, ce qui bride considérablement le jeu du tendon du jambier ; peut-être que la libération de la cicatrice amènerait un résultat fonctionnel meilleur.

Atrophie considérable des muscles jumeaux.

Dès que le blessé aura une chaussure orthopédique avec appareil et tracteur pour éviter la chute du pied, il se lèvera et marchera.

Revu le 12 Mars 1936.

Le malade est porteur d'une chaussure orthopédique avec armature métallique encadrant la jambe et s'appuyant sur

le genou. Cet appareil soutiendrait le pied dans la marche et empêcherait les mouvements de torsion latérale.

Le malade a repris son travail, mais c'est un travail assis. Il fait sans fatigue les trajets qui séparent son domicile du lieu de son travail.

A l'examen atrophie discrète du mollet gauche, cicatrice antérieure et externe, irrégulière, adhérente aux tendons à deux travers de doigts au-dessus de l'interligne.

La flexion dépasse l'angle droit de 4° à 5° . L'extension dépasse l'angle droit de 30° . La cicatrice est douloureuse et irrégulière. Les mouvements actifs ont la même étendue. Pas de ballotement astragalien, pas de laxité articulaire dans le pied.

Pendant la marche, le malade déclare ne pas pouvoir marcher sans appareil et souffrir par l'appui du pied sur le sol.

II

(due à l'obligeance de M. le Professeur Massabuau)

Luxation ouverte du cou de pied gauche

Madame Vve T. entre le 4 Décembre 1935.

Elle a fait une chute de bicyclette et n'a pu se relever. Elle a été transportée trois heures plus tard à l'hôpital, la jambe gauche immobilisée dans un appareil provisoire.

Examen. Plaie transversale nette de 10 centimètres d'étendue siégeant dans la région malléolaire externe du cou de pied gauche. Par cette plaie sortent la malléole externe péronière et l'articulation tibio-tarsienne. Le tibia a suivi le mouvement de translation vers en dehors et un peu en avant.

Le pied est déjeté en dedans de l'axe de la jambe.

La plaie est peu souillée et on intervient aussitôt.

Intervention

Anesthésie générale. — Kélène d'abord puis éther.

L'incision prolonge la plaie en avant.

Exploration. — Le péroné et l'articulation tibio péronière sont en dehors de la plaie. La plaie est cependant nette. La malléole externe extériorisée pour une désinfection complète est fracturée à sa pointe. Les tendons ne sont pas lésés.

Conduite opératoire.

Désinfection minutieuse de la plaie.

Excision du rebord cutané des lèvres de la plaie.

Injection d'éther dans l'articulation. — Réduction de la Luxation.

Injection à nouveau d'éther dans l'articulation.

Reconstitution du ligament antérieur et du ligament externe par deux points en V au catgut.

Drain à la commissure postérieure de la plaie.

Peau : crins de Florence.

Revue le 25 Décembre.

Etat très satisfaisant. Plaie encore non cicatrisée. Repos au lit. Mobilisation.

Revue le 20 Janvier.

Marche depuis quelques jours sans canne.

Légère enflure des malléoles. L'articulation fonctionne normalement sans mouvements anormaux ni laxité articulaire.

Légère boiterie par hésitation par l'appui du pied malade.

Revue le 15 Février.

Etat parfait, aucune enflure, aucune limitation des mouvements. Pas de mouvements anormaux, pas de douleur. Marche sans boiterie, sans canne. La malade a recommencé à monter à bicyclette.

Cicatrisation parfaite. Une petite zone grosse comme un pois à l'intersection des branches de la cicatrice, non encore cicatrisée est recouverte par une croûte.

Rappel Anatomique de la Région du Cou de Pied

La région du cou de pied réunit le pied à la jambe ; c'est ce segment du membre inférieur qui répond aux malléoles et à l'articulation tibio-tarsienne. Elle est au membre inférieur ce que le poignet est au membre supérieur.

Le cou de pied revêt la forme d'un tronc de cône, à base inférieure ; ses limites sont en haut un plan horizontal passant par la base des malléoles ; en bas un plan transversal oblique en bas et en arrière passant : sur la face antérieure, à deux centimètres au-dessus de l'interligne tibio-tarsien, sur les côtés à un centimètre au-dessous des malléoles ; en arrière par le sommet du talon.

Nous décrirons au cou de pied une région antérieure, une région postérieure et entre les deux une région intermédiaire constituée par les os et les articulations du cou de pied.

La *région antérieure* du cou de pied comprend toutes les parties molles qui se trouvent situées en avant de l'articulation tibio-tarsienne. Sur les parties latérales on reconnaît les saillies formées par les malléoles interne et externe. En avant la région nous offre une série de cordons qui sont les tendons des muscles antérieurs de la jambe. Ces saillies tendineuses sont séparées des malléoles par les dépressions pré-malléolaires interne et externe. Plusieurs plans constituent cette région antérieure ce sont : *La Peau* mince et fine sur les malléoles, épaisse et peu mobile sur la partie moyenne de la région.

Le tissu *cellulaire sous-cutané* dans l'épaisseur duquel cheminent vaisseaux et nerfs superficiels parmi lesquels la veine saphène interne qui passe en avant de la malléole interne ; des lymphatiques qui se rendent aux ganglions superficiels de l'aine ; des ramifications terminales du nerf saphène interne en dedans, quelques rameaux du nerf saphène externe en dehors.

Enfin dans la partie moyenne les ramifications des deux branches terminales du musculo-cutané.

L'*Aponévrose* qui fait suite en haut à l'aponévrose de la jambe et qui se continue en bas avec l'aponévrose dorsale du pied, est renforcée par les deux lames supérieure et inférieure du ligament annulaire antérieur.

Au-dessous de l'aponévrose on trouve des tendons entourés de gaines fibreuses et séreuses, des vaisseaux et des nerfs.

Les tendons disposés sur un seul plan sont de dedans en dehors : Le tendon du jambier antérieur ; le tendon de l'extenseur propre au gros orteil, les tendons de l'extenseur commun et du péronier antérieur.

Entre ces tendons et le plan ostéo-articulaire se trouve une couche de tissu cellulo-graisseux dans lequel cheminent l'artère tibiale antérieure, qui passe en arrière du tendon de l'extenseur propre, ses deux veines satellites et le nerf tibial antérieur qui longe le côté interne de l'artère.

La Région *Postérieure du Cou de Pied* comprend l'ensemble des parties molles qui s'étagent en arrière de l'articulation tibio-tarsienne et de la saillie du talon. A la partie moyenne on voit une saillie verticale déterminée par le tendon d'Achille ; sur les côtés compris entre la saillie du tendon d'Achille et le bord postérieur de la malléole correspondante les deux gouttières retro-malléolaires externe et interne. Comme précédemment nous décrirons :

La *Peau* plus épaisse que dans la partie antérieure.

Le Tissu *sous-cutané* qui contient la veine et le nerf saphè-

nes externes ; des vaisseaux lymphatiques ; les rameaux terminaux du nerf saphène interne et du tibial postérieur.

L'*Aponévrose superficielle* fait suite à l'aponévrose jambière et se continue en bas avec l'aponévrose plantaire. Sur le milieu de la région l'aponévrose se dédouble pour engainer le tendon d'Achille, elle émet de plus une expansion qui transforme la gouttière des péroniers latéraux en un canal ostéo-fibreux. Le tendon d'Achille et le tendon du plantaire grêle au milieu, les tendons des péroniers latéraux en dehors forment le premier plan tendineux.

Un amas cellulo-graisseux sépare l'aponévrose superficielle et le tendon d'achille de l'aponévrose profonde. Celle-ci fait suite à l'aponévrose profonde de la jambe ; elle occupe en haut toute la largeur de la région et se prolonge en bas seulement dans la région rétro-malléolaire interne où elle forme le feuillet profond du ligament annulaire interne. Du feuillet profond du ligament annulaire interne se détachent des cloisons fibreuses qui vont au squelette et forment avec lui les gaines ostéo-fibreuses qui entourent les tendons du deuxième plan musculo-tendineux, les vaisseaux et les nerfs tibiaux postérieurs.

Au-dessous de l'aponévrose, dans la région rétro-malléolaire interne, on trouve le tendon du jambier postérieur, celui du long fléchisseur commun des orteils, les vaisseaux et les nerfs tibiaux postérieurs et le tendon du long fléchisseur propre du gros orteil. Le paquet vasculo nerveux tibial postérieur comprend : l'artère tibiale postérieure, ses veines satellites et le nerf tibial postérieur. Ces vaisseaux et nerfs sont entourés d'une même gaine fibreuse constituée par le feuillet profond du ligament annulaire interne et par la partie correspondante des gaines fibreuses des fléchisseurs.

Entre les régions antérieure et postérieure, s'interpose une troisième région, région intermédiaire, constituée par les Os et *Articulations du Cou de Pied*. Trois os, l'extrémité inférieure du péroné et l'extrémité inférieure du tibia d'une part,

l'astragale d'autre part, constituent le squelette du cou de pied. Le péroné et le tibia, unis entre eux par l'articulation péronéo tibiale inférieure, forment une sorte de mortaise dans laquelle vient s'enclaver l'astragale pour constituer l'articulation tibio-tarsienne. La mortaise tibio-péronière présente trois parois articulaires ; l'une supérieure ou tibiale et deux latérales ou malléolaires. La surface articulaire supérieure est concave d'avant en arrière et présente à sa partie moyenne une saillie antéro-postérieure en rapport avec la gorge de la poulie astragaliennne. La surface malléolaire interne appartient à la malléole tibiale, la surface malléolaire externe à la malléole péronière. A ces trois parois de la mortaise le tenon astragalien oppose trois facettes articulaires. La facette supérieure est la poulie astragaliennne plus étendue dans le sens antéro-postérieur que la surface supérieure de la mortaise tibio-péronière. Il en résulte que qu'elle que soit l'attitude de l'articulation, une partie de la poulie débordé la mortaise et répond à la capsule articulaire.

La facette latérale interne répond à la malléole interne et la facette latérale externe ou péronière s'articule avec la malléole externe.

L'astragale, clef de voûte du pied, est un os d'une grande importance. C'est le seul os du massif tarsien qui prenne contact avec le squelette de la jambe. C'est lui qui transmet les forces qui agissent de la jambe sur le pied ou du pied sur la jambe, et qui subit le contre coup de tous les traumatismes qui atteignent le pied ou le cou de pied. Il pourra suivant la position du pied sur la jambe soit se luxer soit se fracturer. Si dans une chute la position du pied par rapport à la jambe est telle que l'astragale pris entre deux forces de sens contraire puisse s'échapper, il se produira une luxation. Il peut arriver que toutes les connexions ligamenteuses soient rompues à la fois avec la mortaise tibio-péronière et avec les os du tarse et que l'astragale soit expulsé hors de sa loge

soit en avant, soit en arrière, soit en dehors, soit enfin en dedans : on est en présence alors d'une luxation dite totale ou double (*Malgaigne*).

Si l'astragale a conservé ses rapports avec la mortaise tibio-péronière, mais s'est déplacé sur les os du tarse soit en avant sur le dos du pied, soit en arrière au-dessus du calcanéum, soit en dedans sur le bord interne du pied on a affaire cette fois à une luxation dite sous-astragaliennne. Si nous avons insisté sur ce point c'est parce que ces déplacements de l'astragale peuvent s'accompagner de lésions des parties molles du cou de pied. Disons en passant, que bien que l'astragale joue un rôle excessivement important dans la physiologie du pied son extirpation n'entraîne pas de troubles trop considérables de la marche.

La mortaise tibio-péronière et le tenon astragalien sont maintenus en présence par une capsule que renforcent deux puissants ligaments latéraux. La capsule s'insère en haut et en bas sur le pourtour des surfaces articulaires. Mince et lâche en avant et en arrière elle est très épaissie, sur les côtés, par les ligaments latéraux.

Le ligament latéral externe comprend des faisceaux qui divergent de la malléole péronière vers l'astragale et le calcanéum. Le faisceau antérieur va de la malléole externe à l'astragale. Le faisceau moyen qui va de la malléole externe au calcanéum. Le faisceau postérieur tendu horizontalement de la malléole externe à la face postérieure de l'astragale.

Le ligament latéral interne composé de deux couches : la couche superficielle dont les fibres s'irradient du sommet de la malléole interne sur la face supérieure du scaphoïde, sur la face interne du col astragalien et sur la petite apophyse du calcanéum. La couche profonde s'insère en haut sur le sommet de la malléole interne en bas sur une surface rugueuse qui est au-dessous de la facette articulaire interne de l'astragale.

La synoviale revêt la face profonde de la capsule. D'une

grande laxité en avant et en arrière elle est bridée sur les côtés de la jointure par les ligaments latéraux.

Mécanisme de l'articulation tibio-tarsienne.

L'articulation tibio-tarsienne est une trochléenne et n'exécute que des mouvements de flexion et d'extension. La flexion rapproche la face dorsale du pied de la face antérieure de la jambe ; l'extension l'en éloigne. La flexion est limitée par la tension des faisceaux postérieurs des ligaments latéraux ; l'extension étant arrêtée par la tension des faisceaux antérieurs des ligaments latéraux. Dans la flexion du pied, la partie antérieure de la poulie astragaliennne qui est large écarte du tibia la malléole externe, en pénétrant dans la mortaise. Dans l'extension du pied la mortaise tibio-péronière répond à la partie étroite du tenon-astragalien et la malléole externe se rapproche du tibia.

Les os et articulations que nous venons d'étudier sont entourés par les parties molles des régions antérieure et postérieure du cou de pied. Les parties molles, comme nous l'avons vu plus haut sont surtout constituées par des tendons entourés de gaines synoviales. Presque tous ces tendons sont en rapport immédiat avec le squelette et en arrière, les coulisses fibreuses, dans lesquelles ils glissent, lui adhèrent d'une façon plus ou moins intime. On s'explique dès lors pourquoi dans les luxations du cou de pied ces tendons, leurs gaines et les vaisseaux peuvent être lésés.

Au-dessous de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné, dans la portion du squelette qui répond à l'astragale, les tendons postérieurs, en s'écartant pour se porter sur les faces latérales du cou de pied, recouvrent l'astragale en dehors et en dedans ce qui explique leur lésion dans les luxations de l'astragale.

I. - Luxations ouvertes en général.

Les luxations ouvertes sans fractures ne sont pas très fréquentes. H. Godard a réuni dans le service du Dr Delbet les cas de fractures et luxations ouvertes récentes opérées de 1920 à 1927. Ces cas sont au nombre de 60, soit 50 fractures diaphysaires, 9 fractures articulaires et 1 luxation.

Dans ces luxations l'articulation traumatisée communique avec l'extérieur soit primitivement à la suite d'un traumatisme, soit secondairement après une chute d'une escharre, mettant à nue une jointure. Cette complication est surtout fréquente au niveau des articulations qui ne sont pas maitressées par des masses musculaires : on les rencontre au niveau du genou, du cou de pied, du coude, du poignet, aux doigts. Le traumatisme d'une part, les extrémités osseuses déplacées d'autre part déterminent sur les parties molles voisines des lésions qui seront d'autant plus considérables que le traumatisme aura été plus violent. Ce qui fait qu'on peut tout voir depuis la simple lésion cutanée jusqu'aux arrachements musculaires avec sections tendineuses, vasculaires ou nerveuses en passant par tous les intermédiaires. Grâce à leur mobilité les vaisseaux et les nerfs échappent en général à ces lésions, mais dans certains cas ils sont atteints ce qui aggrave le pronostic.

Voyons ce qui se passe lorsque deux surfaces articulaires quittent brusquement leurs rapports normaux et lorsque les lésions se font de dedans en dehors. Des désordres plus ou moins étendus siègent sur la capsule qui est la première atteinte car pour qu'une des surfaces articulaires puisse sortir à travers ses tissus il faut qu'une désinsertion ou une déchirure se produise. L'étendue et la forme de celle-ci sera propor-

tionnelle à la violence du traumatisme. La capsule n'ayant pas en tout point la même résistance on verra la déchirure se produire toujours au même endroit par une articulation donnée. La synoviale articulaire elle-même ne sera pas épargnée et sera plus ou moins lésée. Le liquide synovial fusera à travers les parties molles environnantes.

Les ligaments articulaires sous la violence du traumatisme céderont entraînant avec eux des portions de périoste ou des fragments osseux. Ces lésions si minimales soient-elles peuvent s'accompagner d'épanchements sanguins importants. En dehors des fractures intra-articulaires qui n'entrent pas dans le cadre de ce sujet, il peut exister des fractures partielles et nous voyons que dans l'observation n° II la malléole interne qu'on avait extériorisée pour une désinfection complète était fracturée à sa pointe. La formation d'un cal exubérant au niveau de la jointure peut très bien amener de la gêne et de la limitation des mouvements.

Imaginons un traumatisme d'une grande violence, agissant directement de dehors, comme c'est le cas dans l'observation n° I, et nous aurons toute la gamme des désordres anatomiques. les muscles seront contus, déchirés, les tendons sectionnés, arrachés, déchiquetés, entraînant avec eux la partie du corps musculaire qui leur donne attache. Tout cela attrité et contus, faisant issue au dehors est une proie facile pour l'infection. L'épanchement sanguin se fait dans le tissu cellulaire et dans les interstices musculaires. La peau est déchirée et ces plaies sont d'autant plus fréquentes que les articulations atteintes sont superficielles.

Les lésions nerveuses seront systématiquement recherchées.. Quelquefois déterminées par l'extrémité articulaire luxée, elles sont dûes dans l'autres cas au traumatisme qui a déterminé la luxation et alors la paralysie n'est nullement sous la dépendance de la luxation elle-même. On peut tout observer de la simple contusion et élongation jusqu'à la section ou l'arrachement.

Avec les lésions nerveuses, les lésions des vaisseaux constituent des complications redoutables. Elles sont rares cependant, car les artères et les veines fuient devant le traumatisme et même en contact avec des surfaces articulaires déplacées elles résistent bien à la distension ou à la compression (1). Mais, il n'en est pas toujours ainsi et il arrive que l'artère est sectionnée ce qui peut amener la mort par hémorragie dans quelques instants, ou des troubles graves de la circulation aboutissant à la gangrène si on n'intervient pas. Cependant dans un certain nombre de cas, il n'y a pas hémorragie abondante, l'oblitération du vaisseau étant réalisée par les tuniques internes et moyennes.

Voilà avec tous les intermédiaires, les désordres anatomiques que pourront voir le médecin ou le chirurgien dans les cas de luxations ouvertes.

Le diagnostic de ces luxations ouvertes est en général facile. Le chirurgien en présence de lésions pareilles devra faire un laires, la variété et l'étendue de ces déplacements, pour établir l'existence des déplacements des extrémités articulaires, la variété et l'étendue de ces déplacements, pour rechercher les lésions anatomiques qui peuvent les accompagner.

(1) Les plaies vasculaires cependant peuvent succéder à la violence extérieure qui a produit la luxation. Nous en avons un bel exemple dans notre observation n° 1

II. - Luxations tibio-tarsiennes fermées

Nous traiterons brièvement ce chapitre et nous ne ferons que rapporter les notions que l'on trouve dans tous les classiques. Cela nous permettra de montrer le mécanisme et la symptomatologie de ces luxations de façon à ne nous occuper dans le chapitre des luxations tibio-tarsiennes ouvertes que des lésions anatomiques.

Dans les luxations tibio-tarsiennes, les rapports normaux du pied avec la jambe sont rompus au niveau de l'interligne tibio-tarsien. La rareté de ces lésions tient à ce fait que des fractures malléolaires existent dans presque tous les cas.

Luxation du pied en dehors. C'est une complication de la fracture du péroné par divulsion. Elle n'existe pour ainsi dire pas en dehors d'elle sauf une variété qui a été décrite par HUGUIER sous le nom de luxation par rotation.

La luxation en dehors se produit généralement dans une chute sur la plante des pieds avec renversement en dehors, d'une torsion du pied en dehors. Le péroné est fracturé à sept centimètres environ de la pointe de la malléole externe. La malléole interne est fracturée à sa base. Cette variété s'accompagne souvent d'un diastasis de la jointure péronéo-tibiale inférieure.

Les symptômes sont ceux de la fracture par divulsion. Le coup de hache de Dupuytren apparaît à la partie externe de l'extrémité inférieure de la jambe. Le pied est dans l'abduction, la plante regardant en bas et en dehors, le bord externe est en haut, la pointe tournée en dehors. La malléole tibiale fait une saillie importante sur le côté de la jointure, et le

péroné étant fracturé on constate à la partie inféro-externe de la jambe l'existence d'une dépression très marquée. La palpation permet de reconnaître la vacuité de la mortaise. Les mouvements actifs sont impossibles et les mouvements passifs sont douloureux.

Luxation en Dedans. Elle est un peu plus souvent observée que la précédente et moins souvent qu'elle elle est accompagnée de fractures malléolaires.

Elle se voit après une chute sur le côté externe du pied tourné en dedans ou bien après un traumatisme portant sur la partie inférieure et interne de la jambe.

Les symptômes sont les suivants : quelquefois bien que le pied soit transporté à la partie interne la déviation n'est pas très marquée. D'autres fois il est en adduction, la plante tournée en dedans, le bord interne tourné en haut et concave, l'externe d'apparence convexe est abaissé. En dehors la malléole externe fait une forte saillie ; au-dessous d'elle existe une dépression dans laquelle les doigts peuvent s'enfoncer et sentir la poulie astragalienne. La malléole interne au contraire est masquée par le gonflement et disparaît au fond de l'angle qui résulte de la jonction du pied avec la jambe. L'exemple de la luxation par rotation observée par POLOSSE est analogue à la luxation par rotation de HUGUET. En avant existait une large plaie par laquelle le tibia et le péroné faisaient saillie ce qui n'empêcha pas le blessé de guérir et d'avoir un résultat fonctionnel excellent.

Le diastasio tibio-péronier n'existe pas avec la même fréquence que dans la variété précédente.

Luxation en Arrière. C'est une variété assez rare. Cette luxation se produit lorsqu'il y a extension forcée du pied fixé par un obstacle quelconque pendant que le corps se renverse en arrière. Elle se verrait aussi à la suite de chocs portant sur la partie postérieure des deux os de la jambe, le pied étant toujours fixé.

Le symptôme dominant est le raccourcissement de la face dorsale du pied avec allongement proportionnel du talon. L'axe de la jambe est reporté en avant. Dans la luxation incomplète ce symptôme est relativement peu accusé alors qu'il est très évident dans la luxation complète. Ordinairement il n'y a pas de déviation latérale. Sur la face antérieure on constate l'existence d'une saillie antérieure formée par le bord antérieur du tibia déplacé qui soulève les tendons extenseurs. Les mouvements provoqués sont impossibles ou douloureux.

Luxation en avant. Cette variété est exceptionnelle. Elle peut se produire dans la flexion forcée, soit par l'effet d'un traumatisme repoussant les os de la jambe en arrière ou le pied en avant. La luxation peut être complète ou incomplète.

Le symptôme le plus frappant c'est l'allongement de la face dorsale du pied ; en arrière le tendon est espacé et il n'y a plus de relief formé par le talon. Les malléoles sont un peu en avant du tendon d'Achille et plus ou moins rapprochées de la plante du pied.

III. - Luxations ouvertes du cou de pied

Les complications des luxations tibio-tarsiennes sont très fréquentes et la cause réside en ce fait, comme nous l'avons dit plus haut, que c'est une articulation superficielle et que le déplacement des os ouvrira une brèche cutanée au niveau de leur saillie. JOSSE (d'Amiens) d'après ses statistiques signale deux luxations sans complications sur cinquante-deux et POINSOT dans vingt-huit cas déclare avoir trouvé vingt-quatre complications.

La symptomatologie des luxations ouvertes est la même que celle des luxations en général et le diagnostic n'offre pas souvent de sérieuses difficultés à cause de la plaie qui permet de mieux apprécier les lésions.

Nous passerons en revue par ordre de fréquence les complications qui accompagnent le plus souvent les luxations tibio-tarsiennes, puis nous montrerons dans les quatre variétés celles qui le plus fréquemment s'accompagnent de plaies.

Dans les luxations ouvertes du cou de pied la complication de beaucoup la plus fréquente est la déchirure des téguments. Tantôt la plaie est produite directement par une violence extérieure quelconque qui déchire les parties molles avant d'atteindre les os, comme cela peut se voir quand une articulation est luxée par la pression d'une roue de voiture (1) ; d'autres fois la plaie est produite indirectement et déter-

(1) Les lésions élémentaires des différents tissus intéressés par l'agent vulnérant sont variables selon la nature de celui-ci. Tantôt ces lésions sont réduites au minimum, tantôt au contraire, elles sont beaucoup plus étendues ; elles échappent alors à toute description d'ensemble. Le fait dominant est l'ouverture de la synoviale et sa communication avec l'air extérieur.

minée par la distension excessive des téguments, lorsque le choc extérieur fait accomplir aux os qu'il va disjoindre un angle tout à fait anormal. Très souvent la déchirure est produite par les os de la jambe. C'est ce qui se produit dans les luxations tibio-tarsiennes. Mais à ce niveau il faut ajouter autre chose qui a aussi son importance. C'est qu'à cet endroit la peau prête peu. Aussi suivant l'importance du déplacement elle cède se déchire ou bien résiste ; mais tendue à l'excès elle s'ischémie et se sphacèle. Tous les degrés peuvent être rencontrés depuis la peau ischémisée, la peau prête à être perforée, la peau perforée, jusqu'à la large ouverture du foyer.

La déchirure est d'étendue variable. Quelquefois très large, la plaie peut être étroite et ses lèvres enserrant étroitement la portion osseuse qui a traversé les parties molles. Quelle que soit l'étendue de la déchirure, elle affecte en général une direction courbe à concavité supérieure. Son siège n'est pas absolument fixe. La déchirure est tantôt située au dessous de la malléole et à travers la brèche on peut apercevoir l'astragale tout au fond. La plaie est telle quelquefois qu'elle peut admettre l'introduction d'un ou deux doigts dans l'articulation ouverte. Tantôt la plaie siège vis-à-vis la malléole même ; quelquefois enfin au-dessus et alors le plus communément au niveau de la fracture du tibia ou du péroné.

A travers la plaie cutanée la saillie des os à l'extérieur est variable. Elle dépend de la violence du traumatisme et du degré de déplacement des os. Lorsque la luxation est incomplète, c'est à peine si par une plaie étroite on voit faire saillie la pointe d'une malléole. Si la luxation est complète le déplacement est un peu plus important et la saillie des os à l'extérieur peut atteindre un à deux centimètres. D'autres fois, à travers une large déchirure l'os peut être mis à nu sur plusieurs centimètres et POINSOT cite un cas dans lequel l'os sortait de quinze centimètres. Enfin en matière de traumatisme tout peut se voir : DELAMOTTE a vu dans une luxation

en dedans par une chute violente sur les pieds, le tibia s'enfoncer dans le sol. Les os se projettent quelquefois avec tant de violence qu'ils percent la chaussure du blessé.

Lésions des vaisseaux. Ici aussi deux mécanismes peuvent expliquer la rupture des vaisseaux. Quelquefois c'est l'os luxé qui poussant l'artère devant lui la distend assez fortement pour la rompre. D'autres fois l'artère est tirillée, mais uniquement en raison de la position forcée du membre et sans action directe de l'os luxé. D'autres fois enfin c'est le traumatisme agissant extérieurement qui rompt l'artère comme c'est le cas pour l'employé de gare de l'observation N° I, qui eut son pied pris entre un cable qui s'enroulait autour d'un cabestan. En dehors de la rupture, l'artère peut subir la compression. Celle-ci est due le plus souvent à l'aplatissement de l'artère ou de la veine par une extrémité osseuse déplacée. Cette compression cesse dès que la luxation est réduite.

Il n'en reste pas moins vrai que la rupture est une complication assez rare et ceci est dû à la facilité avec laquelle les vaisseaux échappent à l'action traumatisante des extrémités osseuses en glissant et en roulant sur leurs côtés. De plus les vaisseaux ont la propriété de se laisser distendre assez facilement sans se rompre, ce qui fait que cette élasticité associée à leur mobilité dans leur gaine leur permet une elongation assez considérable sans que la rupture s'en suive. Suivant le mode de rupture de l'artère il peut y avoir hémorragie ou non. Dans les cas où la section est due à une violence extérieure, dans les cas où l'artère n'a pas été tirillée, l'hémorragie existe avec toute l'abondance et la gravité des ruptures artérielles. Au contraire l'artère rompue sous l'influence d'une traction excessive, d'une distension violente ne saigne pas ; ceci s'explique par le mode de réfraction des diverses tuniques, interne, moyenne et externe qui réalisera l'oblitération du vaisseau. La tunique externe se laisse étirer sous

l'action de la distension, comme un tube de verre sous l'action du chauffage. Au contraire les tuniques moyenne et interne se rétractent, se rebroussent vers le centre du canal qu'elles oblitérent. Même en l'absence de tout écoulement sanguin il est indiqué d'aller à la recherche de l'artère et de procéder à la ligature des deux bouts pour prévenir toute hémorragie consécutive. Quelquefois l'artère sera seulement comprimée par l'os luxé : dans ces cas on se rendra compte de la compression en recherchant les battements au-dessous de l'obstacle et l'on pourra observer depuis la simple diminution de l'amplitude des pulsations jusqu'à l'arrêt complet avec refroidissement et engourdissement du pied. L'observation du malade de Gangoephe, celle de notre employé du P.-L.M. permettent de constater comme l'avait dit MALGAIGNE que la rupture d'une artère n'amène pas des accidents de mortification du pied, à condition, toutefois, que l'os luxé soit bien réduit et que l'appareil contentif ne soit pas trop serré auquel cas on pourrait voir survenir la gangrène. Les ruptures des vaisseaux s'observent quelquefois mais il n'en reste pas moins que ce sont des lésions rares, et nous pensons que c'est à action directe du traumatisme plus qu'au déplacement osseux qu'elles sont dûes.

Les artères qui sont lésées sont les artères de la région, c'est-à-dire la tibiale antérieure ou la tibiale postérieure, l'artère péronière.

Les lésions des veines accompagnent souvent les lésions artérielles étant donné les rapports étroits qui les unissent. Elles sont produites par les mêmes causes et dans les mêmes conditions. Comme les artères elles peuvent être comprimées ou déchirées.

La compression étant un obstacle à la circulation de retour on observera depuis le simple gonflement jusqu'à l'œdème important du segment de membre sous-jacent à l'obstacle. L'étude des lésions nerveuses ne peut être séparée de l'étude des lésions vasculaires. Elles ont peut être au point de vue

pronostic une importance beaucoup plus grande que les lésions des artères dont il faudra tenir compte pour l'avenir de la fonction. Comme précédemment les nerfs peuvent être comprimés ou déchirés. Il est indispensable de faire ce diagnostic et de déterminer le degré de la lésion pour en avertir le blessé ou son entourage de manière qu'on ne puisse pas incriminer les manœuvres de réduction opérées par le médecin. On observe toute la gamme des troubles, depuis l'engourdissement jusqu'à la paralysie. Si le nerf a été seulement distendu ou comprimé la réduction de la luxation fera en général cesser ces phénomènes sensitifs et moteurs et au bout de quelque temps tout sera rentré dans l'ordre.

La rupture ou la déchirure des nerfs est un accident assez rare, il faut pour la produire un traumatisme violent et dans ces cas la lésion nerveuse est associée à des ruptures vasculaires, tendineuses. Cela se voit lorsque l'agent vulnérant à sectionné les parties molles et le paquet vasculo-nerveux en les appuyant sur le plan osseux sous-jacent. Les paralysies pourront s'en suivre et contre lesquelles il faudra lutter par le port d'appareils orthopédiques. A la suite de ces lésions nerveuses on pourra observer des troubles trophiques qui obscurciront encore le pronostic déjà sombre que l'on devra porter.

Encore moins souvent que les lésions vasculaires se rencontrent les lésions tendineuses. Doués d'une remarquable élasticité ils échappent facilement aux blessures que pourraient leur causer les déplacements des os luxés. Les sections tendineuses existent cependant et on les rencontre dans les traumatismes importants comme cela s'est passé par exemple pour le blessé de notre première observation. Dans ces cas les lésions tendineuses n'existent pas seules, mais sont accompagnées de dégâts importants. Parmi les tendons lésés citons ceux des extenseurs des orteils comme nous l'avons vu dans notre observation N° I. La rupture tendineuse quand elle existe est facilement diagnostiquée surtout quand les tendons

arrachés font issue au dehors à travers la plaie -- en outre leurs extrémités blanches et nacrées ne permettent pas de les confondre avec autre chose. — L'abolition des mouvements est un autre signe en faveur des lésions tendineuses.

L'ouverture des gaines synoviales est encore une complication qui peut accompagner les luxations ouvertes du cou de pied et dont il faudra tenir compte dans le traitement et le pronostic. L'inoculation des synoviales pouvant amener la septicémie gangréneuse.

Les ligaments latéraux sont souvent rompus, mais étant donné leur résistance il arrive que dans un traumatisme ils ne cèdent pas et que ce soient les malléoles qui soient arrachées. Après ligature des ligaments déchirés réduction de la luxation et immobilisation, les résultats peuvent être excellents, la luxation n'ayant pas de tendance à se reproduire et la position normale se maintenant facilement. On se rend compte que les fractures malléolaires existent souvent et que c'est exceptionnellement qu'elles sont absentes, et les auteurs qui ont cherché à reproduire expérimentalement ces luxations compliquées du pied sans fractures ont souvent échoué. De toutes les variétés de luxations c'est la luxation en dedans qui est accompagnée le moins souvent de lésions osseuses malléolaires. La luxation du pied avec plaie était bien produite mais dans presque tous les cas il y avait au niveau des malléoles des lésions qui allaient de l'arrachement à la fracture.

Ainsi donc suivant l'importance du traumatisme on pourra voir toute la gamme des lésions, avec leurs degrés différents de gravité. Avec un traitement égal, un individu qui aura reçu un traumatisme peu important aura un résultat fonctionnel meilleur que celui qui aura eu des lésions importantes. Les deux observations en font foi, et si le premier blessé ne peut marcher qu'à l'aide d'une chaussure orthopédique la femme au contraire a pu reprendre ses promenades

à bicyclette. Dans presque tous les cas cependant, la vie du blessé doit être sauvée et si le résultat fonctionnel est diminué il doit pouvoir permettre une vie limitée mais utile.

Les luxations latérales étant les plus importantes et les plus fréquentes, ce sont elles qui détermineront le plus souvent des luxations ouvertes.

Les luxations latérales qui sont les luxations ouvertes les plus fréquentes au niveau du cou de pied seront celles que nous étudierons car dans nos observations il n'est pas question des luxations en avant et en arrière. Nous ne nous arrêterons pas sur leur mécanisme que nous avons placé au chapitre des luxations fermées et nous étudierons les lésions anatomiques qui accompagnent chaque variété.

Luxation en dedans.

La luxation en dedans est la plus intéressante car c'est la vraie luxation du cou de pied, celle que l'on peut voir à l'état le plus pur c'est-à-dire sans lésions osseuses ou tout au moins sans lésions osseuses importantes.

Ces luxations sont consécutives à une chute ou bien à un choc extérieur. Nous l'avons étudié au chapitre des luxations tibio-tarsiennes fermées, ce qui nous évitera d'y revenir.

Voici ce qu'on observe. Le pied est dévié, la face plantaire regarde directement en dedans, le bord externe appuierait sur le sol, le bord interne regarde en haut. En même temps que sous l'influence du traumatisme, le pied se renverse en dedans, les téguments de la face externe se déchirent sur une étendue plus ou moins variable. La plaie des téguments est en général transversale et siège à des hauteurs variables, plus basse, cependant, que dans les luxations en dehors ; c'est le côté externe du cou de pied qui dans cette variété de luxation présente la plaie à bords plus ou moins irréguliers et contus et donnant issue à la mortaise tibio-péronière. En général il n'y a pas de fracture des malléoles. Il peut arriver quelquefois que la malléole péronière soit fracturée, mais

dans ces cas le trait de fracture siège près de la pointe. Il n'y a pas de diastasis tibio-péronier, contrairement à ce qui se passe pour les luxations en dehors.

Si le choc n'est pas direct, les luxations vasculaires sont rarement importantes. Les vaisseaux tibiaux postérieurs échappent au traumatisme. L'artère péronière peut être lésée comme cela s'est passé pour le malade qui fait l'objet de l'observation II du Professeur BONNET. Les tendons péroniers peuvent être luxés.

Luxation en dehors. — Cette variété s'accompagne de lésions un peu plus importantes. Le pied est dévié en dehors, son bord interne appuierait sur le sol. La plaie des téguments est fréquemment située à la partie interne, très souvent transversale, de niveau variable mais plus haut, semble-t-il, que dans la luxation du pied en dedans. La surface articulaire de l'extrémité inférieure du tibia sort par cette brèche cutanée. Le péroné est presque toujours fracturé à sept centimètres environ de la malléole. Les lésions des parties molles peuvent être importantes. Les vaisseaux tibiaux postérieurs peuvent être lésés, ils seront systématiquement explorés pour être liés. La veine Saphène interne est souvent sectionnée. Elle devra être l'objet de soins attentifs, car secondairement elle peut être atteinte de phlébite.

Toutes ces lésions remplissent de sang le foyer de la luxation qui devra être détergée des caillots qui pourront s'y former. Les tendons exceptionnellement rompus, plus souvent luxés en arrière et en dehors du tibia, seront remis en place. Si les coulisses sont ouvertes, elles seront réparées.

Cette variété de luxation en dehors s'accompagne d'un diastasis tibio-péronier qu'il faudra corriger pour obtenir un résultat fonctionnel meilleur.

Luxation en Arrière. — Elle peut être incomplète ou complète.

Dans la luxation incomplète le bord antérieur du tibia

s'avance sur le col de l'astragale, tandis que le bord postérieur appuie sur le milieu de la poulie astragaliennne.

Lorsque la luxation est complète, le bord postérieur du tibia vient au contact du col de l'astragale et son bord antérieur répond au scaphoïde. Les ligaments latéraux sont rompus, plus souvent encore les malléoles sont arrachées quelquefois on constate un diastasis de l'articulation péronéo-tibiale inférieure. ROCHET a constaté dans un cas identique une rupture des vaisseaux tibiaux antérieurs au niveau de l'interligne, imputable au traumatisme.

Les luxations en Avant sont exceptionnelles aussi nous n'en parlerons pas.

Le diagnostic de ces luxations ouvertes du cou de pied est facile et le doute ne saurait subsister lorsqu'il s'agit d'une plaie large dans laquelle l'articulation est béante avec mise à nu de cartilage articulaire.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'une plaie étroite et à ce propos le diagnostic offre quelquefois de sérieuses difficultés, de sorte que le chirurgien est obligé de demander à l'exploration chirurgicale la solution du problème.

Etiologie

Les luxations ouvertes du cou de pied reconnaissent généralement pour cause une chute sur les pieds, chute qui, quelquefois n'a pas besoin d'être bien importante. Dans ces cas les lésions des parties molles sont produites de dedans en dehors par les extrémités osseuses déplacées qui perforent les téguments en les contondant : ceci se voit à la suite de chutes d'un lieu plus ou moins élevé, lorsque le bord du pied porte à faux ou lorsque le pied est immobilisé et que le reste du corps étant projeté en arrière accomplit un mouvement de torsion autour du pied comme axe.

D'autres fois elles sont produites directement par une violence extérieure quelconque. Chute sur le pied d'un corps pesant ; passage d'une roue de voiture, blessé ayant son pied pris entre un câble et un cabestan en marche, comme cela s'est passé pour notre observation N° I.

Ce sont en général les hommes exposés par leurs habitudes et leurs travaux aux violences extérieures qui sont atteints. Les femmes, cependant, n'y échappent pas : à l'occasion d'une chute de bicyclette, ou d'une chute au cours d'une cueillette de fruits elles peuvent se faire une luxation tibio-tarsienne ouverte.

La fréquence de ces luxations varie suivant l'âge. Rares dans l'enfance en raison de la souplesse des ligaments et de l'élasticité des extrémités squelettiques, rares en général chez les vieillards qui ne font plus facilement des fractures en raison de la fragilité de leur tissu osseux, elles sont fréquentes à l'âge adulte et s'observent surtout chez les individus vigoureux : manouvriers, hommes de sport.

Les affections articulaires antérieures peuvent prédisposer aux luxations. Mais cela est rare. En tout cas, si les lésions préexistantes ne jouent qu'un rôle tout à fait infime dans l'étiologie des luxations ouvertes, il faudra cependant en tenir un grand compte lorsqu'il s'agira de porter un pronostic.

Pronostic

Depuis l'ère antiseptique le pronostic des luxations ouvertes du cou de pied a subi une évolution dans un sens tout à fait favorable. Elles étaient considérées autrefois avec juste raison comme des lésions d'une gravité extrême et les chirurgiens voyaient survenir des complications redoutables telles que l'arthrite suppurée, la pyohémie, la septicémie qui avaient tôt fait d'emporter le malade. Les progrès de la chirurgie moderne permettent de considérer ces complications comme exceptionnelles à l'heure actuelle et si nous regardons les suites opératoires des observations que nous avons signalées nous voyons qu'elles ont été très satisfaisantes. Le pronostic reste néanmoins variable en pratique et dans certains cas il est lié à certaines conditions. Il faudra tenir compte de la constitution du sujet et de ses tares. Un individu sain et vigoureux, sans antécédents pathologiques, se défendra mieux et aura de grandes chances d'obtenir un résultat satisfaisant. Les individus de faible constitution, ceux qui sont entachés de tuberculose, de diabète, les alcooliques offriront un terrain prédisposé et réagiront mal en face de l'infection.

Le pronostic dépendra encore du temps qui s'est écoulé entre le moment de l'accident et l'intervention chirurgicale. Plus ce temps sera court, plus les chances de succès seront grandes, l'infection pourra être enrayée. Ces traumatismes peuvent être assimilés à des plaies de guerre et de ce fait nous savons que c'est l'infection qui domine. La désinfection précoce de la plaie, l'ablation des tissus contus, des caillots feront que la plaie sera susceptible de se terminer simplement et l'articulation pourra reprendre son jeu normal les phénomènes de réparation étant ceux des plaies ordinaires. Il arrive quelquefois et surtout à la campagne qu'un temps trop long s'écoule entre le moment de l'accident et l'intervention. Le blessé est dans des conditions déplorables et sa bles-

sure souillée par de la boue, du sang, des graviers, des vêtements malpropres devient un foyer propice au développement de l'infection. On ne saurait trop insister sur l'importance de la précocité de l'intervention.

Il faudra tenir compte aussi de l'étendue des lésions des parties molles. Les décollements sous-cutanés, les arrachements et sections tendineuses, les désordres vasculaires, l'attrition des nerfs, une large plaie cutanée devront entrer en ligne de compte pour l'établissement du pronostic.

Quoiqu'il en soit le pronostic au point de vue du résultat fonctionnel semble en général très favorable et la lecture des observations nous le montre bien. La marche redevient possible et le blessé peut reprendre ses occupations, voire même ses promenades à bicyclette. Une certaine raideur articulaire peut persister quelque temps, mais s'atténue peu à peu.

Pour ce qui est du pronostic vital, on peut dire que les individus sains et robustes auront des suites opératoires très favorables et on a l'impression que le blessé est à l'abri de toute complication fâcheuse. Chez les individus tarés il n'en sera pas de même.

Aujourd'hui grâce à la méthode antiseptique on peut dire comme l'a écrit BÆCKEL que « non seulement les blessés ont la vie sauve, mais ils conservent leurs membres qui récupèrent souvent avec une rapidité étonnante l'usage de leurs fonctions. »

Traitement

C'est la méthode conservatrice qui depuis l'antisepsie doit être érigée en principe l'amputation étant la méthode du désespoir à laquelle on n'aura recours qu'en dernier lieu. Elle ne peut plus être comme elle l'a été une règle thérapeutique. Quelle est donc la conduite à tenir en présence d'une luxation ouverte ! Elle diffèrera suivant que l'on considère l'omnipraticien de campagne qui est obligé de tout soigner, ou le chirurgien.

Le rôle du médecin consistera à faire les injections de rérum que commande l'état de souillure de la plaie, à faire une désinfection aussi soigneuse que possible à l'éther, à arrêter l'hémorragie s'il y a lieu, à remonter l'état général du blessé s'il est déficient, à faire un pansement aseptique de la région et à placer le membre dans une gouttière de façon à permettre le transport facile du blessé. Le rôle du médecin ne sera terminé qu'après avoir confié le blessé au chirurgien dans les délais les plus courts.

Avant tout acte chirurgical le blessé sera anesthésié par anesthésie générale ou rachianesthésie. Cette dernière a l'avantage de supprimer tous mouvements des membres inférieurs que pourrait donner la période d'excitation de l'anesthésie générale.

Une révision soigneuse de la plaie sera faite sur la table d'opération. Les téguments seront désinfectés par un nettoyage à la teinture d'iode ou à l'éther. On aura soin d'envoyer profondément et de faire pénétrer dans tous les recoins et anfractuosités du foyer traumatique les solutions antiseptiques. En présence de traumatismes importants on se comportera comme si on se trouvait en présence d'une plaie de guerre : les tissus contus seront excisés, les extrémités osseuses luxées seront débarrassées des effilochures, du surtout fibro-périostique.

Il faudra débrider la plaie et ce débridement aura l'avantage d'exposer le foyer, de se rendre compte de l'étendue exacte des lésions, de vérifier et de traiter les lésions vasculaires, nerveuses ou tendineuses, de déterger le foyer anfractueux des caillots qui pourraient s'y trouver, de lever les obstacles qui s'opposent à la réduction lorsque les tendons sont luxés. Dans les cas de luxations en dedans le débridement sera fait vers le haut parallèle au bord postérieur du péroné. Dans les luxations du pied en dehors le débridement se fera vers le bas. Pour vérifier l'intégrité des vaisseaux tibiaux postérieurs il sera fait parallèlement à eux. Ainsi toutes les

lésions seront traitées à ciel ouvert. Les deux bouts de l'artère sectionnée seront liés. Les nerfs suturés. Un débridement longitudinal des téguments s'impose pour peu que l'étroitesse de la plaie soit un obstacle à la réduction des os luxés.

La réduction des extrémités osseuses luxées n'offrent en général pas de sérieuses difficultés et ne nécessitent pas de manœuvres de forces. Le pied étant saisi le chirurgien accomplira les manœuvres spéciales à chaque variétés de luxation et replacera le pied dans sa position normale. La luxation étant réduite il faudra achever de réparer les dégâts. Les tendons sectionnés seront suturés, à moins toutefois que le chirurgien juge ces sutures impossibles ou n'ayant pas de chance de tenir. Si les tendons peuvent être suturés on agira en conséquence. Puis on les replacera dans leurs gaines de façon que les antagonistes ne provoquent pas de déviations du pied. VERNEUIL a conseillé de disséquer les tendons antagonistes au cas où leur suture et leur réintégration ne serait pas possible. Les coulisses et les gaines synoviales des tendons seront réparées. Les ligaments latéraux seront reconstitués par des points au catgut et fixés à leurs malléoles. Faut-il drainer ?

Il semble que la plaie agrandie par l'intervention doive être drainée de façon à amener l'écoulement des liquides. Un drain placé au fond de la cavité articulaire, une mèche de gaze iodoformée pour maintenir écartées les deux lèvres de la plaie assureront le drainage.

La plaie ne sera pas suturée. Des crins d'attente seront placés en vue d'une suture secondaire.

Un pansement antiseptique soigneusement établi entourera le cou de pied et remontera jusqu'au genou. Le pied sera ensuite placé en bonne position dans une gouttière garnie d'ouate ou immobilisé dans une gouttière plâtrée. C'est une condition essentielle pour avoir un bon résultat fonctionnel. Des ouvertures seront pratiquées au niveau de la plaie pour en permettre la surveillance. On ne craindra pas en outre de mettre en œuvre les petits moyens pour prévenir les dévia-

tions. Une armature de fer sera placée au-dessus de la jambe blessée ce qui éliminera une des causes provocatrices d'attitudes vicieuses.

Ainsi conçue la Réduction est rarement difficile surtout si l'on a recours au débridement qui permettra d'explorer les parties molles et de voir les causes d'irréductibilité souvent faciles à supprimer.

Admettons que la Réduction semble difficile et que les manœuvres à accomplir soient traumatisantes au point d'enlever à l'opération la bénignité exigée comme condition de la réduction, ou bien que le temps écoulé entre l'accident et le transport du blessé auprès du chirurgien permette d'avoir des doutes sur la bonne réussite de la réduction ; ou que l'examen des extrémités osseuses montre la présence d'esquilles, dans ce cas le chirurgien aura à sa disposition un autre moyen de traitement qui est la Résection. Cette résection ne sera point une résection typique. Elle se bornera quelquefois à l'extraction de quelques esquilles mobiles par la plaie agrandie. D'autres fois elle sera plus étendue, mais on n'enlèvera de l'os que la quantité suffisante pour réduire. Suivant les conseils d'OLLIER il faudra laisser les malléoles en place sauf contre indications absolues. Dans tous les cas il faudra conserver au maximum de manière à avoir une mortaise aussi solide que possible. Si les circonstances veulent qu'on soit obligé d'enlever les malléoles on pourra compter sur la formation d'une néarthrose et le rétablissement ultérieur du fonctionnement de cette jointure comme POINSOT l'a montré. Si la résection demande un sacrifice anatomique elle permet cependant d'obtenir un résultat fonctionnel satisfaisant.

L'amputation perd du terrain de plus en plus. Elle sera cependant indiquée chez des individus âgés, chez des individus tarés, alcooliques par exemple dont l'organisme ne ferait par les frais de la lutte après une réduction ou une amputation.

Les attritions importantes des parties molles, les lésions vasculaires, les sections tendineuses pourvues qu'elles ne soient pas accompagnées de fractures comminutives des os ne nous paraissent pas indiquer l'amputation. Le malade de notre observation n° I qui a eu un gros accident avec lésions importantes a eu des suites opératoires sans incident et il peut faire sans fatigue les trajets qui séparent son domicile du lieu de son travail. Le blessé est en bonne voie de guérison. La plaie est cicatrisée, mais le malade, cependant, ressent quelques douleurs et de la raideur articulaire. Le rôle du chirurgien n'est pas fini car le traitement d'une lésion traumatique ne saurait être complet si à la réparation des lésions anatomiques ne s'ajoutait soit immédiatement, soit secondairement un traitement physiothérapique susceptible d'assurer la conservation des mouvements dans la mesure du possible.

Pour répondre à ces indications il existe une série de moyens qui concourent tous avec une efficacité plus ou moins grande vers le même but : le rétablissement de la fonction articulaire.

Parmi ces moyens l'un des plus important est le *Massage*. Son action s'exerce sur les muscles et sur la jointure elle-même. Les parties molles qui entourent l'articulation, le tissu cellulo-fibreux, les fibro-cartilages intra et extra articulaires, la synoviale, les ligaments seront influencés très favorablement par le massage. De plus il aidera la résorption des liquides épanchés et calmera les douleurs consécutives aux ruptures, aux compressions des filets nerveux. Le massage joue un rôle important dans la résection en préparant la musculature au rôle important qu'elle va jouer dans la physiologie de l'articulation de nouvelle formation. Comme complément au massage la *Mobilisation* qui assurera l'élimination des résultats pathologiques et accélérera la nutrition de l'articulation.

L'Hydrothérapie a une grande importance dans le traitement des sequelles des plaies articulaires. Elle a pour but d'activer la nutrition, de faciliter la remise en état des tissus et la récupération des mouvements. Cette action sera augmentée lorsque aux bienfaits des eaux s'ajoutera la mobilisation, le massage comme cela se fait dans les grandes stations thermales. Parmi ces eaux bienfaitrices citons les eaux sulfatées calciques d'Aix-les-Bains, sédatives ; les eaux chlorurées de Bourbonne-les-Bains, et les eaux sulfurées sodiques d'Amélie-les-Bains, les eaux de Barèges qui doivent leurs propriétés au monosulfure de sodium (1).

La fonte musculaire consécutive a ces lésions articulaires réclame l'action des courants électriques. Appliqués avec méthode les ankyloses fibreuses, les empâtements articulaires les douleurs peuvent tirer de grands bénéfices de la galvanisation simple.

Que penser des méthodes de traitement par les rayons X et les corps radioactifs ? Il semble pour le moment qu'elles doivent céder la place aux procédés cités plus haut et dont on n'a qu'à se louer.

(1) Les malades pourront encore tirer de grands bénéfices des boues radio-actives que l'on trouve en France, par exemple à Dax ou à Barbotan.

Quelques cas de luxations tibio-tarsiennes

(Thèse RADOSAVLJEVITCH)

OBSERVATION I

(M. le Professeur agrégé P. BONNET)

Luxation tibiotarsienne ouverte avec issue du pilon tibial à travers les téguments. — Réduction immédiate. — Guérison. — Résultat fonctionnel bon.

C... Jean, 59 ans, est amené à l'Hôtel-Dieu le 3 Juin 1923, à 17 heures.

Il y a deux heures, cueillant des cerises, il est tombé d'un marchepied.

Il présente : a) une fracture du radius gauche avec énorme dos de fourchette et déviation radiale très accusée.

b) Une luxation ouverte du cou-de-pied gauche. Le tibia sort par une plaie transversale sur une hauteur de 4 centimètres. Hémorragie abondante.

Opération immédiate.

Anesthésie générale à l'éther.

Désinfection très minutieuse à la teinture d'iode des téguments et des os luxés.

On débride perpendiculairement à la plaie suivant la gaine des vaisseaux tibiaux postérieurs. On fait bailler l'articulation qu'est lavée à l'éther.

Ligature de l'artère péronière arrachée.

Ligature de la veine saphène interne rompue.

Les vaisseaux tibiaux postérieurs vérifiés ne sont pas lésés. On réintègre.

Il y a une fracture du péroné resté en place, à environ 7 centimètres de la malléole.

La malléole interne fracturée a laissé sa malléole en place. On la suture au catgut en transfixiant la base de la malléole par deux gros catguts en U, reprenant, par dessus la fracture, le surtout fibro-périostique.

Le tendon du jambier postérieur est luxé et passe au-devant du tibia une fois réduit. On le remet en place et on referme, par suture, sa gaine fibreuse par-dessus lui.

La plaie est laissée largement ouverte, couverte de compresses imbibées d'alcool.

Immobilisation dans une gouttière plâtrée.

Réduction et mise en plâtre de la fracture du radius.

Sérum antitétanique, 20 cme, renouvelé à la même dose au sixième jour.

Suites opératoires.

Le lendemain matin la température est à 38°2, le pouls à 110. En trois jours la température descend à 37°6 et le pouls à 90, et le blessé, bien prévenu cependant des risques qu'ils peut courir, se fait transporter chez lui au troisième jour. La température remonte alors à 38°4 pendant cinq jours, mais au huitième jour elle tombe au-dessous de 38° et se maintient entre 37° et 37°7 pendant plus d'un mois.

L'état général est resté excellent depuis les premiers jours après l'opération.

Le 8 juillet, au trente-cinquième jour premier pansement. Etat local parfait. Nouveau plâtre ne prenant pas le genou.

La température monte au voisinage de 39° le lendemain : et sans doute un infarctus pulmonaire s'est fait à l'occasion du pansement, car le malade présente un point de côté subit, des crachats striés de sang, un foyer de râles fins à la partie moyenne du poumon droit. Les signes s'atténuent progressivement en huit jours.

La suture secondaire de la plaie est effectuée sans anesthésie le 15 juillet.

Depuis lors l'état du malade s'améliore progressivement, mais il reste très déprimé à la suite de l'infarctus.

Une phlébite localisée de la saphène interne, perçue sous la forme d'un cordon superficiel, douloureux sous les téguments du mollet retarde quelque temps la marche. Le malade part pour la campagne en août.

Résultat fonctionnel.

... ..

Le malade est revu le 27 février 1924, neuf mois après l'accident.

Il marche assez bien, sans trop de fatigue. Tous les jours il fait 2 kilomètres et demi pour se rendre à ses occupations. Il a fait des marches de 3 kilomètres et demi. Le plus souvent il se sert d'une canne pour les marches un peu prolongées.

Le pied se présente avec un bon point d'appui sur le sol, une voûte normale. Il existe cependant un léger degré de valgus apparent, dû à la fracture du péroné. Un peu d'épaississement du cou-de-pied.

L'articulation est solide, encore enraidie, de sorte que le malade en marchant pose encore le pied à plat sur le sol. Les mouvements actifs de flexion extension sont de faible amplitude (environ 15 à 20°).

Il existe un peu de faiblesse du genou,

OBSERVATION II

(Clinique du Professeur TIXIER)

(Obs. due à l'obligeance du Professeur agrégé P. BONNET)
Luxation ouverte du cou-de-pied : pied en dedans, avec issue de la mortaise tibiopéronière. — Réduction. — Guérison. avec résultat fonctionnel excellent.

R.. Pierrette, 61 ans, est amenée à l'infirmerie de porte le 3 juin 1923, à 19 heures, en même temps que le malade précédent.

Elle est tombée d'un arbre en ramassant des cerises à 15 heures. Vue quatre heures après.

Une plaie transversale sur le bord péronier laisse sortir le péroné et le tibia.

La malléole péronière est fracturée. Eraflure sur la surface cartilagineuse du tibia.

Opération immédiate.

Anesthésie générale à l'éther.

Désinfection des téguments. On débride perpendiculairement à la plaie, suivant la gouttière rétro-malléolaire. On luxe pour exposer le foyer profond. Ligature de l'artère péronière arrachée. Désinfection à l'éther. Réduction.

On suture au catgut la malléole péronière en prenant le surtout fibro-périostique qui l'enveloppe, sans traverser l'os.

La plaie est laissée ouverte, couverte de compresses imbibées d'alcool.

Immobilisation dans une gouttière plâtrée.

Sérum antitétanique, 10 cmc, renouvelé à la même dose au huitième jour.

Suites opératoires.

Le lendemain la malade souffre beaucoup, mais la douleur s'atténue le lendemain. La température atteint 38°5 pendant les trois premiers jours, oscille jusqu'au dixième jour entre 37°4 et 38°, puis tombe à la normale, interrompue seulement par la vaccination qui donne un clocher à 38°7. Le poulx, à 106 le lendemain de l'opération redevient normal très vite. La malade est suivie dans la Clinique du Professeur Tixier.

Le premier pansement est fait au vingt-septième jour. Sans ablation du plâtre. On pratique alors la suture secondaire.

Il est suivi pendant quarante-huit heures d'une ascension thermique à 38°.

Le 16 juillet, deuxième pansement. Nouveau plâtre. La malade rentre chez elle. Son médecin, le Docteur Daujat, supprime l'immobilisation dans les premiers jours d'août.

Résultat fonctionnel.

Le professeur P. Bonnet reçoit en réponse à son questionnaire, le 28 février 1924, la réponse suivante :

« Depuis les débuts de ma convalescence l'amélioration est allée en s'accroissant tous les jours.

« Pour poser mon pied à terre j'ai dû attendre les premiers jours de septembre.

— « Quant à la marche, je navigue pour les soins du ménage assez facilement et sans canne, sans trop de fatigue, et pour la marche du dehors, je vais de Genay à Neuville sans bâton, ce qui compte environ 3 kilomètres.

« Mon pied n'est pas ankylosé et je constate que chaque jour je le remue plus aisément, mais je le ramène sur la jambe assez difficilement. »

OBSERVATION III

(Clinique du Professeur TIXIER)

(Obs. due à l'obligeance du Professeur agrégé. P. BONNET)

Luxation tibiotarsienne ouverte, avec issue du plateau tibial à travers les téguments. — Réduction primitive. — Guérison. — Résultat fonctionnel bon.

Ch... Ernest, 45 ans, marchand de charbon, est amené à l'infirmerie de porte le 6 juin 1923, à 16 heures. Une heure auparavant il est tombé dans l'escalier de sa maison. Glissant sur ses souliers ferrés il a dépassé une marche et le pied a porté à faux. (Il était chaussé de brodequins lacés).

Vu à 17 heures, moins de deux heures après l'accident. Grand gaillard de 1 m. 76, lourd, agité, nerveux, alcoolique.

Le pied gauche est en fléau sur la jambe.

Une plaie transversale à la face interne du cou-de-pied laisse sortir le tibia sur une hauteur de 5 centimètres. La malléole est fracturée et la marge antérieure érodée. On ne voit pas le péroné ni l'astragale.

Opération immédiate.

Rachianesthésie scurocaïne, 6 centigrammes, parfaite.

Désinfection très minutieuse de la jambe et du pied.

Incision le long des vaisseaux tibiaux postérieurs pour leur exploration. Ils sont à nu, mais sains. On débride l'aponévrose en avant d'eux pour donner du jour. Les tendons du jambier postérieur et les fléchisseurs communs sont luxés en arrière et en dehors du tibia.

La plaie que l'on voit, en luxant à l'extrême du pied, est profonde. L'astragale est au fond du puits. Désinfection à l'éther.

Réduction de la luxation très facile.

Suture de la malléole interne au fil métallique, en U, passé transversalement dans le tibia et la malléole.

Réfection de la gaine du jambier postérieur par des catguts passés dans le surtout périostique.

Ligature de la saphène interne rompue, qui donne beaucoup de sang.

Immobilisation dans une gouttière plâtrée.

Sérum antitétanique, 10 cmc, le premier et le cinquième jour.

Suites opératoires.

Le blessé est transporté dans la Clinique du Professeur Tixier.

La température s'élève progressivement après l'opération, pour osciller entre 38 et 38°6. Le pouls s'élève à 120 pour retomber à 100.

Au dixième jour le malade présente une élévation de température à 39°, un peu de douleur dans son pied. On se croit obligé, par prudence, de revoir la plaie. Celle-ci paraît absolument normale. Le malade peut soulever son pied lui-même sans douleur.

Nouveau plâtre. La température atteint pendant deux jours 39°2 pour tomber très vite à la normale.

Le 30 juin, au vingt-quatrième jour, deuxième pansement.

Nouveau plâtre laissant le genou libre.

Le 16 juillet, troisième pansement. Excellent état local. Nouveau plâtre. Le malade rentre chez lui et reviendra dans quinze jours pour la suture secondaire et ablation du fil métallique.

Le 18 juillet, nouveau plâtre. Pansement.

Le 8 août, ablation du fil métallique.

On enlève le plâtre.

Le 8 octobre, la plaie de la région malléolaire n'a pas été suturée secondairement. Elle se cicatrise lentement par épidermisation périphérique. Les bourgeons sont un peu atones.

Par ailleurs l'état local est parfait, le pied solide. On autorise la marche. Cependant une radiographie montre :

Le péroné a probablement été fracturé à 7 centimètres au-dessus de la malléole. Mais sa forme est celle d'un os normal. Il existe un diastasis tibio-péronier qui laisse croire que l'on trouvera cliniquement du ballottement de l'astragale.

Résultat fonctionnel.

Rentré chez lui, le malade a pu marcher de suite ; chez lui il marche sans canne ; il a pu se promener en ville et faire, avec une canne, des promenades de trois kilomètres.

Il est revu le 8 mars 1924 ; depuis quelques jours, il accuse quelques douleurs dans le pied, au niveau de la malléole externe. Pied en excellente position, avec un point d'appui sur le sol absolument normal ; les empreintes plantaires, qui se dessinent sur la plante même, le malade ayant marché sur un sol poussiéreux, sont absolument identiques des deux côtés, sauf la pulpe des orteils (2°, 3°, 4°), qui n'est pas tachée (cela tient peut-être à ce que le malade ayant de l'hypoesthésie au niveau du troisième orteil, il s'appuie moins dans la marche).

La plaie cutanée n'est pas absolument cicatrisée ; il persiste un petit triangle de téguments, où la plaie est atone et ressemble à un ulcère variqueux ; au-dessus et dans la gouttière rétro-malléolaire, téguments violacés ; au tiers inférieur de la jambe, il existe un œdème éléphantiasique, pas très considérable.

L'articulation tibiotarsienne est soudée ; mais pas de façon absolue ; les mouvements actifs sont cependant pratiquement nuls. Le malade marche bien, avec prudence et lenteur, posant le pied à plat sur le sol. Il peut monter et descendre les escaliers ; il existe un peu d'hydarthrose du genou gauche par arthrite statique.

En résumé, résultat anatomique bon, malgré le diastasis tibio-péronier. La raideur articulaire semble devoir s'atténuer avec le temps et on peut espérer que dans un an le malade marchera de façon tout à fait normale.

OBSERVATION IV

(Th. ESTOURNEAU DE TERSANNES)

Luxation compliquée du pied gauche. — Luxation de la cuisse droite.

Le nommé X... Mathurin, ouvrier serrurier, âgé de 19 ans, est apporté à l'Hôtel-Dieu de Rennes, le 18 mars 1895, à 4 heures de l'après-midi. Ce même jour en montant un portail en fer à une caserne de la même ville, il a été grièvement blessé par ce portail qui est tombé sur lui, à la suite d'une fausse manœuvre. Il doit à une excavation que présentait le sol à cet endroit de ne pas avoir été tué sur le coup par cette masse de fer que pesait plusieurs centaines de kilogrammes.

L'accident est arrivé à 1 heure et demie et le malade entre à l'Hôpital à 4 heures, avec un pansement sommaire qui a été appliqué par un médecin militaire aussitôt appelé.

Le malade est examiné à 4 heures par le docteur Le Moniet, chirurgien suppléant de l'Hôtel-Dieu. Il présente un état général satisfaisant : malgré la gravité du traumatisme, il n'y a pas de shock marqué ; le pouls est régulier et bien frappé, il n'y a pas d'hypothermie, pas de refroidissement des extrémités ni de moiteur de la peau, le facies est pâle, et le malade qui présente un peu de surexcitation n'accuse aucune douleur.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est la position vicieuse du membre inférieur droit qui est en rotation interne et flexion légère avec raccourcissement.

En lui imprimant des mouvements de rotation, on sent la tête fémorale dans la fosse iliaque externe.

Comme cette luxation de la cuisse nécessitera l'anesthésie pour être réduite, on attend que l'éther soit donné pour compléter l'examen et panser le pied. Aussitôt l'anesthésie obtenue — réduction de la luxation iliaque de la cuisse — le malade, étendu sur le dos, a le bassin maintenu par un aide qui appuie vigoureusement sur les deux épines iliaques antéro-supérieures. Le Docteur Le Moniet passe l'avant-bras droit sous le jarret, la

jambe étant fléchie sur la cuisse et fléchit la cuisse à angle droit sur le bassin. Lorsque cette position est obtenue, il fait un mouvement d'abduction pour faire rentrer la tête dans la cavité cotyloïde. Dans ce mouvement, la tête au lieu de reprendre sa place dans la cavité articulaire, glisse sur le bord inférieur de la cavité cotyloïde et vient se placer en avant de cette cavité. La luxation postérieure est devenue antérieure ; la cuisse toujours fléchie est en abduction et rotation en dehors.

Nouveau mouvement de flexion de la cuisse, à angle droit, et cette fois, l'abduction est remplacée par l'adduction et on y joint un léger mouvement de circumduction. La tête rentre à sa place avec un bruit très net.

Le pied gauche est ensuite débarrassé du pansement et apparaît dans l'état suivant : la peau est sectionnée transversalement dans la demi-circonférence externe, et avec une netteté parfaite à 2 centimètres environ au-dessus de l'interligne articulaire. Cette section intéresse les parties molles, peau et tissu cellulaire, elle respecte les tendons.

Par cette solution de continuité sort la mortaise tibio-péronière complètement dénudée dans une hauteur de 3 centimètres à 4 centimètres par suite de la rétraction de la peau. Il n'y a pas disjonction de l'articulation tibio-péronière inférieure dont les ligaments sont intacts. Il n'y a pas de fractures des malléoles.

Le pied a quitté la mortaise et est luxé en dedans, mais il a subi un mouvement de rotation autour de son axe, tel que la poulie astragaliennne regarde en dehors et se trouve au contact de la face interne de la jambe., le bord externe du pied convexe regarde directement en bas, et par conséquent son bord interne en haut. La face plantaire est dirigée en dedans, par rapport à l'axe du corps. Le pied en totalité est remonté à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'interligne. Il a gardé sa coloration habituelle, il n'est pas froid. L'hémorragie est nulle.

Un examen plus complet montre que les tendons, les artères tibiale antérieure et tibiale postérieure, les nerfs, ont été respectés. Il y a simplement luxation du pied et déchirure de la peau, du tissu cellulaire et de l'aponévrose, mais non des organes nécessaires à la vitalité et au bon fonctionnement du pied. Tous les ligaments qui réunissent le pied à la jambe, ligaments externes et internes sont rompus.

Il n'existe aucune lésion de voisinage, pas de fracture, ni de contusions. La plaie est souillée par des fragments de vêtements, de la terre — elle porte sur une peau qui n'est rien moins que propre.

En égard à l'intégrité des os, des vaisseaux et des nerfs, il est indiqué de pratiquer la réduction, après une bonne désinfection et de tenter le traitement conservateur.

La plaie est donc entourée d'une compresse stérilisée et on procède tout d'abord au nettoyage de la jambe et du pied. — Avec de l'eau chaude, une brosse et du savon. Puis on lave avec de l'alcool et de l'éther, avec du permanganate de potasse à 4

pour 100 et du bisulfite de soude, enfin avec une solution de sublimé à 1 pour 300. Des compresses aseptiques sont disposées autour du pied et de la jambe ; la plaie découverte est nettoyée avec un jet d'eau bouillie très chaude, 50 à 55°. Après une copieuse irrigation, elle est nettoyée avec des tampons imbibés d'alcool et enfin touchée avec une solution de chlorure de zinc. Le malade est toujours sous l'éther.

La désinfection faite, pendant qu'un aide maintient la jambe, le Docteur Le Moniet tire sur le pied, l'attire facilement en bas et le réduit, sans qu'il y ait à faire de résection osseuse ou de débridement des parties molles. Le pied réduit se maintient en parfaite position sous la seule influence de la tonicité musculaire. La plaie des parties molles apparaît alors linéaire et très irrégulière ; l'affrontement des bords est parfait, et rien ne serait plus facile que de poser des sutures, ce qui n'est pas fait, évidemment. Au contraire, une lanière de gaze iodoformée est introduite en arrière de la malléole externe pour drainer.

Un pansement à sec à la gaze iodoformée avec ouate stérilisée est ensuite appliqué sur le pied et la moitié inférieure de la jambe.

Des bandes en tarlatane apprêtée maintiennent une rigidité parfaite du pied à angle droit, et on ne juge pas utile d'appliquer un appareil plâtré qui ne paraît pas nécessaire à la bonne position du pied.

Pour empêcher tout mouvement violent du malade à son réveil, un bandage de corps très serré est mis autour du bassin et les deux membres inférieurs sont fixés l'un à l'autre au niveau des cuisses et des jambes.

Les suites ont été aussi simples que possible. A aucun moment il n'y a eu de fièvre, et sauf le premier jour, la température n'a jamais atteint 38°. Le premier pansement est fait par le Docteur Aubrée, dans le Service duquel le malade a été placé, le cinquième jour. Il n'y a pas de suppuration et le Docteur Aubrée s'étonne même qu'il n'y ait pas eu quelques points de suture pour assurer une réunion primitive.. La lanière de gaze iodoformée rétro-malléolaire est retirée et remplacée par une autre lanière que l'on interpose seulement entre les lèvres de la plaie. Nouveau pansement comme le premier. Ces pansements sont renouvelés tous les cinq jours et la plaie est complètement cicatrisée en vingt jours.

Le malade est maintenu au lit à grand'peine pendant un mois et demi, puis il commence à marcher.

Il sort le 29 mai, malgré l'avis du médecin, bien que la marche ne soit pas encore bonne et qu'il persiste de la raideur et de la sensibilité au niveau de l'articulation.

Le Docteur Le Moniet le revoit incidemment le 14 avril 1898 à la consultation externe de l'Hôtel-Dieu, où le malade est venu pour se faire soigner de la gale.

Il l'examine à nouveau et constate ce qui suit : la hanche a un fonctionnement parfait, tous les mouvements sont faciles.

La jambe gauche présente une cicatrice blanche linéaire, à deux travers de doigts environ au-dessus de la pointe de la malléole externe, cette cicatrice est souple et très mobile sur les pelvis sous-jacents.

A la palpation on trouve un peu d'épaississement au niveau de la malléole interne, cet épaississement est même plus marqué en dedans qu'en dehors.

Le pied est à angle droit sur la jambe ; les mouvements de flexion et d'extension existent, mais limités. Les mouvements des orteils sont normaux, aucune atrophie du mollet.

Le malade est toujours ouvrier serrurier et n'est en rien gêné par son pied qui lui permet la marche sans difficulté et sans claudication. Cependant, en le faisant marcher, on remarque qu'il existe un léger trouble de fonctionnement du membre inférieur gauche, tenant à la raideur de l'articulation malade qui est moins souple que l'articulation du pied droit.

Il est probable qu'un traitement approprié, massage, douches et électrisation, lorsque le malade a recommencé à marcher, eût obtenu la restitution intégrale des fonctions du membre.

OBSERVATION V

(ESTOURNEAU DE TERSANNES)

Luxation compliquée du pied droit. — Plaie contuse du cuir chevelu.

Le 10 janvier 1899, le nommé Pierre M..., cultivateur, âgé de 27 ans, conduisait un chargement de grains. Il marchait près de son attelage, étant légèrement pris de boisson, lorsqu'il vint à faire un faux pas et tomba si malheureusement que la roue de sa charrette, pesamment chargée, lui passa sur le pied. Relevé quelques instants après par des passants, on le transporta dans une maison voisine du lieu de l'accident. Là, on essaya de le débarrasser de ce qui restait de sa chaussure (un gros sabot de bois, qui seul avait empêché le broiement complet du pied), mais on dut y renoncer, de peur d'entraîner en même temps le pied qui semblait ne plus tenir à la jambe. On se borna à laver avec l'eau salée une plaie du cuir chevelu qui saignait abondamment et on enveloppa simplement le pied dans une serviette en attendant le médecin.

Nous voyons le blessé environ deux heures après l'accident. Il est étendu sur un matelas posé à terre, la tête entourée de linges ensanglantés, tandis que la serviette qui entoure le pied est à peine teintée de sang. Nous remarquons tout de suite, même à travers ce pansement la déformation du pied qui semble raccourci et dévié à gauche.

Le malade est très pâle, le pouls est petit, assez régulier, le visage est couvert d'une sueur abondante, les mains sont moites. Il vient d'avoir des vomissements, et à peine sommes-nous arri-

vé qu'il rejette encore des matières dont l'odeur est caractéristique et indique suffisamment que ses vomissements sont imputables à son état d'ivresse. Il a causé beaucoup après l'accident, mais depuis quelque temps, il s'est calmé et répond à peine aux questions qu'on lui pose. Il ne se plaint d'aucune douleur, sauf une légère brûlure à la tête, déclare qu'il ne sent pas son pied et demande seulement à boire avec insistance.

Induit en erreur par les dires des personnes présentes, nous croyons à quelque lésion sérieuse du crâne et nous examinons d'abord la tête. On enlève les linges qui l'entourent et nous voyons la blessure. Le cuir chevelu est sectionné vers la partie inférieure du pariétal gauche, sur une étendue de 0 m. 04 à 0 m. 05 environ, avec décollement complet du plan osseux sous-jacent. L'on peut aisément passer le doigt entre le tissu cellulaire et les os et chercher à constater l'intégrité de ceux-ci, ce qui est fait très facilement. Jugant que cette plaie ne revêt aucun caractère de gravité, nous la débarrassons rapidement des graviers et du sang coagulé qu'elle présente et, avant de nous en occuper définitivement, nous examinons le pied. Ici, les désordres sont considérables, et nous craignons tout d'abord que l'amputation immédiate ne soit nécessaire. Le pied est luxé en dedans de telle sorte que si l'on mettait le malade debout, il appuierait sur le sol par le bord externe convexe de son pied. Celui-ci n'est plus dans le prolongement de la jambe, mais forme avec celle-ci un angle obtus à sommet en dedans. La peau est sectionnée suivant une courbe à concavité antérieure à un travers de doigt au-dessous de la malléole externe sur une étendue de 8 centimètres environ. La malléole externe dépasse légèrement la peau rétractée. Comme nous l'avons dit, il n'y a pas d'hémorragie. Nous procédons, non sans de grandes difficultés, à l'enlèvement de ce qui reste du sabot, dont un fragment a déchiré, mais très superficiellement, la face antérieure du pied. Nous constatons que vaisseaux et tendons sont intacts. On voit très bien la malléole externe qui fait issue à l'extérieur, et la face externe du tibia. Nous cherchons avec soin quelque signe de fracture des malléoles, mais il nous est impossible d'en constater : pas de crépitation, pas de mobilité, pas de douleur localisée à la pression. Les ligaments latéraux externes sont rompus, mais l'intégrité des malléoles est entière.

La plaie étant souillée de boue et parsemée de petits morceaux de bois, la première indication est de la nettoyer. C'est ce que nous faisons. Nous enlevons d'abord tous les fragments de sabot et les graviers qui s'y trouvent, et nous sectionnons quelques petits lambeaux de chair effilochés et meurtris qui ne nous semblent d'aucune utilité. Nous faisons avec une seringue à hydrocèle de nombreuses injections de permanganate de potasse au 1/1000 c. Puis, avec des tampons d'ouate imbibés d'alcool et montés sur des pinces, nous cherchons à désinfecter le plus profondément possible. Enfin, nous lavons largement avec du sublimé à 1/500. Cette désinfection, qui a été très minutieuse,

nous a demandé beaucoup de temps, mais le malade ne se plaint nullement et semble même très indifférent à ce qui se passe autour de lui.

Le pied étant tout entier bien nettoyé et recouvert d'une compresse trempée dans la solution de sublimé, on procède à la réduction. Celle-ci s'opère très facilement, une simple traction en bas et en dehors suffisant pour remettre le pied à sa place. Un aide le maintient en bonne position pendant que l'on place un drain dans l'angle inférieur de la plaie. Les deux lèvres de celle-ci sont bien juxtaposées. Naturellement, on n'a pas fait de sutures. Le pied est entouré de gaze iodoformée en plusieurs doubles et d'une couche épaisse de ouate hydrophile, puis placé dans une gouttière métallique garnie de ouate. Une bande de toile maintient le pansement et empêche toute déviation.

Ceci étant fait, on s'occupe de la plaie du cuir chevelu. On rase soigneusement les bords de la section, qui, débarrassée des cheveux et du gravier, est réunie par trois points de suture et recouverte d'un pansement antiseptique.

La nuit est assez calme, quoique sans sommeil, et le lendemain matin, la température n'atteint pas 38°.

Le quatrième jour le malade a commencé à souffrir. On défait le pansement et l'on voit sous la malléole interne, et un peu en arrière, un gonflement douloureux avec fluctuation. Il s'est formé depuis la veille, un petit abcès, qui est ouvert, vidé et pansé. La plaie externe a bon aspect, le drain est retiré et remplacé par une mèche de gaze iodoformée.

A part cet abcès rétro-malléolaire, qui fut guéri en quelques jours, il n'y eut pas de complications. Les pansements furent espacés de plus en plus, et le 7 février c'est-à-dire environ un mois après l'accident, la plaie était parfaitement cicatrisée. L'on voyait une ligne violette assez irrégulière et un peu déprimée, seule trace de la blessure.

Tous les jours, le malade, qui reste avec sa gouttière, fait mouvoir ses orteils et le trente-cinquième jour, on commence à imprimer quelques mouvements à son pied. On augmente progressivement et bientôt, il se fait lui-même du massage. Les mouvements de flexion et d'extension s'exécutent assez bien, il veut commencer à marcher, avec un bâton, vers la fin du troisième mois. Cette tentative ne lui réussit pas, et il garde de nouveau l'immobilité presque absolue jusqu'à la fin d'avril. Il marche d'abord avec des béquilles, puis s'habitue peu à peu à poser son pied sur le sol.

Maintenant, il présente une légère déviation du pied en dedans, on ne peut dire qu'il a recouvré les mouvements complets de son articulation, la flexion du pied sur la jambe lui étant plus difficile que l'extension, mais en définitive, il peut marcher, avec le secours d'une canne et il est permis de croire que son état continuera à s'améliorer.

JOURNAL DE CHIRURGIE

PEGREFFI (Modène)

Un cas de luxation tibio-tarsienne sans fracture

(La Réforma Médica, 23 Juin 1934 page 963-966).

Un homme de 36 ans en train de travailler sur une échelle glisse et tombe d'une hauteur de cinq mètres. Son talon se prend dans une sorte de pieu fiché en terre et émergeant de cinquante centimètres et terminé en fourche, le pied s'immobilise dans cette fourche pendant que le blessé s'étend sur le sol. On constate une luxation compliquée avec plaie sur la malléole externe ; la radio montre la mortaise tibio-péronière absolument vide et l'astragale fortement tourné se trouve en dedans de la malléole tibiale, sa face supérieure regardant en avant et latéralement. Il n'existe aucun signe de fracture. Sous anesthésie générale on reconstitue les ligaments latéraux et on les fixe à la malléole péronière. Un mois après l'ablation du plâtre le fonctionnement de l'articulation est normal. Il semble que parmi les forces de traction, de rotation et de flexion plantaire, la traction a du jouer un rôle prépondérant. Elle a déterminé d'abord l'arrachement des ligaments latéraux et ensuite la sortie de l'astragale de la mortaise tibio-péronière en évitant la pression sur la malléole tibiale.

I) GERDY, dans sa thèse de concours (des résections articulaires 1839 page 126) rapporte un cas de luxation du pied avec petite plaie et issue de la malléole, sans fracture du péroné ni du tibia. Traitement par l'irrigation continue et guérison.

II) En 1855 SCHINZINGER publie une observation de luxation en dedans avec issue du péroné à travers les téguments, sans fracture des malléoles. Il fit la résection du péroné et sa malade une femme de 25 ans, put au bout de six mois marcher assez facilement.

III) HANCOCK rapporte également chez un homme d'âge moyen une luxation du pied avec plaie intéressant les téguments de la région antérieure et de tout le côté externe du cou de pied ; les os de la jambe disjoints, sortaient, le tibia en avant, le péroné en dehors. Il n'y avait pas de fracture du péroné ni du tibia, l'amputation fut pratiquée et le malade mourut (Hancock la. cit. page 333).

IV) POINSOT cite le cas d'un jeune homme de 19 ans, qui, s'étant assis sur une énorme balle de laine, assez haute pour que ses pieds ne touchassent pas le sol, lorsqu'une autre balle, que soulevait la grue, se dégagait brusquement de sa chaîne, et en tombant lui heurta avec une grande violence la face dorsale du pied gauche. Celui-ci, saisi entre les 2 ballots et incapable de résister au choc, se renversa brusquement en dedans, en même temps que les téguments de la face externe se déchiraient sur une assez grande étendue.

Le pied est très dévié, la face plantaire regarde directement en dedans, le bord externe appuierait sur le sol, le bord interne regarde en haut. La malléole interne a quitté sa place : à son niveau, les parties molles ont subi une dépression formant angle rentrant et rappelant le coup de hache de Dupuytren. Au côté externe du cou de pied, il existe, un peu au-dessus de l'interligne articulaire une plaie transversale de 7 centimètres ; cette plaie à bords irréguliers et contus donne issue à la mortaise tibio-péronière.

Il n'y avait pas de fracture des malléoles. La résection totale fut opérée à cause des difficultés à prévoir pour la réduction. Les suites furent très satisfaisantes et le blessé put marcher assez facilement à l'aide d'une chaussure à talon haut, munie de deux tuteurs métalliques remontant le long de la jambe.

Conclusions

De la lecture de ces quelques observations nous voyons que les chapitres du pronostic et du traitement des luxations ouvertes du cou de pied a depuis quelques années beaucoup changé et heureusement évolué. Voici, croyons-nous, comment on peut comprendre le traitement de ces lésions.

1° *Plaie Récente non infectée.*

Nettoyer soigneusement la peau, débrider la plaie, explorer et nettoyer la cavité articulaire à l'éther, ôter les parties contuses, régulariser les surfaces articulaires, réparer correctement les dégâts. Réduire. Suturer sans drainage.

2° *Plaie Récente avec risque d'infection.*

Agir comme précédemment pour ce qui est de la toilette de la plaie. Dans ces cas le traitement prophylactique de ces lésions a une très grande importance. Réduire. Drainage au point déclive au moyen de mèches d'éther iodoformé qu'on ôtera par la suite. Appliquer un pansement ouaté et placer le membre dans une gouttière. Surveiller la température.

3° *La Résection* sera indiquée dans les cas de plaies infectées avec fractures osseuses, elle sera aussi indiquée toutes les fois qu'un intervalle de temps trop long s'est écoulé entre l'accident et l'intervention chirurgicale permettant de penser que la réduction serait dangereuse. La résection si elle aboutit à des résultats moins parfaits que la réduction a l'avantage d'offrir une sécurité plus grande.

L'Amputation sera réservée aux cas de phlegmons diffus graves, d'infection gazeuse venant compliquer une luxation non traitée.

Bibliographie

- TESTUT ET JACOB. — Traité d'Anatomie Topographique.
- ROUVIÈRE. — Anatomie Humaine, descriptive et topographique.
- MALGAIGNE. — Des Luxations tibio-Tarsiennes. — art I. — Luxations traumatiques.
- POINSOT. — De l'intervention dans les luxations compliquées du cou de pied. Paris 1877.
- LEJARS. — Traité de chirurgie d'Urgence.
- DENTU-DELBET. — Nouveau Traité de chirurgie, tome VI.
Lésions traumatiques des articulations (L. Cahier).
- MAISONNET ET ROUVILLOIS. — Traité de chirurgie.
- GIBBONS. — Trois luxations tibio-tarsiennes compliquées. New-York médi Journal 1890.
- DEMIÉVILLE. — Les lésions traumatiques de l'articulation du cou de pied. 1910.
- GESÉME (E) et KUX. — Recherches sur l'anatomie et la physiologie du pied. Société anatomique de Paris 1909.
- MOREL-LAVALLÉE. — Thèse de concours (85).
- ETCHEVERRIA. — Thèse Paris 1874.
- ESTOURNEAU DE TERSANNES. — Contribution à l'étude des luxations compliquées du pied. Paris 1898.
- RADOSAVLJEVITCH (Pavle). — De la réduction primitive dans le traitement des Luxations tibio-tarsiennes compliquées avec issue à l'extérieur des os de la jambe (Lyon 1924).

En ma qualité de censeur de tour, j'ai lu
la thèse ayant pour titre :

« Contribution à l'étude des luxations
ouvertes du cou de pied. »

par M. Marceau RODIERE.

Je pense que la Faculté peut en permettre
l'impression.

Montpellier, le 31 Mars 1936.

Le Professeur,
MASSABUAU.

Vu :

Montpellier le 31 Mars 1936.

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 2 Avril 1936

Le Recteur,
TAILLART.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe : ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

